



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

## **GRADO EN MEDICINA**

### **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Consultas médicas en el año previo al diagnóstico de  
un Trastorno de la Conducta Alimentaria.**

**Medical consultations in the year before the  
diagnosis of an Eating Disorder.**

**Autora: Marta Pérez Fernández**

**Director: J. A. Gómez del Barrio**

**Santander, Junio 2019**

## ÍNDICE

<b>1. ÍNDICE</b>	<b>1</b>
<b>2. RESUMEN/SUMMARY</b>	<b>2</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS:</b>	<b>10</b>
Objetivo general:	10
Objetivos específicos:	10
Hipótesis:	10
<b>5. PACIENTES Y MÉTODO</b>	<b>11</b>
Participantes:	11
Variables:	11
Procedimiento:	12
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>12</b>
<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>27</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>31</b>
<b>9. AGRADECIMIENTOS</b>	<b>31</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>32</b>

## 1. RESUMEN/SUMMARY

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son una de las patologías psiquiátricas que causan mayor morbi-mortalidad. En diferentes estudios se ha demostrado que el diagnóstico y la intervención precoz en estas patologías consigue mayores tasas de recuperación y reduce las complicaciones a largo plazo. El presente estudio analiza las características de las consultas médicas realizadas, en el año previo al momento de diagnóstico de un TCA, en pacientes tratados durante el periodo 2014-2018 en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se cuenta con una base de datos de 99 pacientes (mujeres 94,4%; hombres 5,1%) con 19 variables, sobre las que se ha realizado un análisis descriptivo y comparativo. Tras él podemos concluir que la mayor parte de los pacientes antes de ser diagnosticados acuden a diferentes consultas, generalmente de Atención Primaria, presentando síntomas y signos prodrómicos de un TCA. Esto remarca la importancia de que los profesionales sepan identificarlos como signos de alarma de un TCA y puedan derivar a una unidad especializada para establecer un tratamiento precoz, mejorando así las tasas de recuperación.

**Palabras clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria, Síntomas Prodrómicos, Intervención Precoz, Tiempo sin tratamiento.

Eating Disorders (ED) are one of the psychiatric pathologies that cause the greatest morbidity and mortality. In different studies, it has been shown that an early intervention in these pathologies achieve higher recovery rates and reduce long-term complications. This study analyzes the characteristics of the medical consultations carried out in the year before the diagnosis of an eating disorder in patients treated during the period 2014-2018 in the Eating Disorders Unit of the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. It is counted on one database of 99 patients (94.4% women, 5.1% men) with 19 variables, on which a descriptive and comparative analysis has been carried out. After that, we can conclude that most of the patients before being diagnosed go to different consultations, usually of Primary Care, presenting prodromal symptoms and signs of an ED. This emphasizes the importance that professionals know how to identify them as warning signs of an ED and can refer to a specialized unit to establish an early treatment, thus improving recovery rates.

**Keywords:** Eating Disorders, Prodromal Symptoms, Early Intervention, Duration of Untreated Illness (DUI).

### 3. INTRODUCCIÓN

Entre los jóvenes de las sociedades desarrolladas, las alteraciones de la conducta alimentaria y los malos hábitos alimenticios se han convertido en un serio problema de salud pública. En especial, los Trastornos de la Conducta Alimentaria suponen un importante riesgo para la salud (tanto física como psíquica), tanto es así que son considerados la enfermedad mental con mayores tasas de discapacidad, morbilidad y de mortalidad. Además, suponen una gran fuente de desgaste y sufrimiento para las familias e individuos cercanos y un coste socioeconómico y sanitario muy elevado<sup>1</sup>.

Se ha identificado que este tipo de alteraciones afectan principalmente a mujeres caucásicas de clase social alta, y suelen debutar durante la adolescencia o durante los primeros años de edad adulta<sup>2-6</sup>. Sin embargo, se está observando un aumento de la prevalencia de este tipo de patologías en grupos minoritarios de diferentes etnias y procedencias<sup>2</sup>.

A pesar de todas las mejoras en el diagnóstico y tratamiento, hoy en día el pronóstico de este tipo de enfermedades sigue siendo una causa de preocupación entre los profesionales de la salud. Por tanto, se entiende la necesidad de desarrollar programas basados en la identificación y tratamiento precoz de estas alteraciones y de completar estos programas con actuaciones en el marco de la prevención, especialmente dirigidas al entorno social y familiar de los pacientes, con la intención de corregir los factores de riesgo que puedan intervenir y los mecanismos causales de dichas alteraciones. En un marco ideal estas actuaciones deberían extenderse también a la sociedad general, insistiendo en la necesidad de adoptar patrones de alimentación y de estilo de vida mucho más saludables, así como modificar los estándares estéticos y modelos de imagen corporal.

Atendiendo a la definición y los criterios diagnósticos del sistema de clasificación de las enfermedades mentales DSM-V<sup>7</sup>, son considerados Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), aquellos caracterizados por la alteración del comportamiento ingestivo de un individuo que presenta una serie de conflictos psicosociales y estima que su resolución esta inevitablemente condicionada por el logro y/o persistencia de un estado de delgadez. Se tiende a pensar que las distintas entidades comparten origen y mantenimiento por lo que se cree que tienen muchos factores comunes en el inicio. Según el DSM-V, que ha clasificado juntos los Trastornos de la Conducta Alimentaria de la infancia-adolescencia y del adulto encontramos 7 tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria: Pica, Trastorno por Rumiación, Trastorno por Evitación o Restricción de la Ingesta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados. El presente trabajo se centra únicamente en los TCA del adulto.

De entre todos los Trastornos de la Conducta Alimentaria la Anorexia Nerviosa (AN) es el que presenta la incidencia más alta, siendo la tercera enfermedad crónica más prevalente en adolescentes y jóvenes<sup>3</sup>. Si atendemos a los síntomas nucleares, se identifica por la restricción o rechazo de la ingesta energética con relación a los requerimientos, que conlleva una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física del individuo. La pérdida de peso es el dato

más significativo, pero en fases avanzadas se puede evidenciar una desnutrición calórico-proteica, con sus respectivas alteraciones en el organismo. Esta restricción además va acompañada de un intenso temor a ganar peso, la puesta en marcha de una conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo, y una alteración en el modo en que experimentan su peso o forma corporal.<sup>7</sup>

La Bulimia Nerviosa (BN), por el contrario, se basa en un patrón alimentario en forma de atracones y conductas compensatorias posteriores (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno, el ejercicio excesivo...) que tienen lugar al menos una vez por semana durante 3 meses y se acompañan de una autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta. Los pacientes con Bulimia no tienen una pérdida de peso tan significativa como en el caso de la Anorexia, pero muchos derivan de una Anorexia Nerviosa previa. Es muy común la transmisión de pacientes entre los distintos grupos de trastornos de conducta alimentaria.<sup>7</sup>

El Trastorno por Atracón (TxA) es un trastorno de reciente definición en el que, a diferencia de la Bulimia, el atracón de comida no va seguido de purga. Los criterios diagnósticos del DSM-V incluyen dentro de este TCA a los pacientes que presentan una sobre ingesta frecuente, de al menos una vez a la semana durante 3 meses, con falta de control de impulsos, acusados sentimientos de malestar psicológico y 3 o más de los siguientes: Ingesta más rápida de lo normal; ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno; ingesta de gran cantidad de alimento sin sentirse físicamente hambriento o ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida o sentimientos negativos sobre sí mismo posteriores a la ingesta. Este tipo de trastorno suele darse en personas obesas, observándose mayor prevalencia a medida que aumenta el índice de masa corporal. Los pacientes con este tipo de trastorno tienden a ser mayores que los que padecen Anorexia o Bulimia y la prevalencia entre hombres y mujeres está más igualada.<sup>7</sup>

Por último, dentro del Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE) se incluyen todos los pacientes que no cumplen los criterios específicos para ser incluidos en alguno de los anteriores diagnósticos. Son bastante frecuentes, suelen ser cuadros de otros TCA que se consideran incompletos, ya sea porque suponen el inicio del mismo o porque están en vías de resolución<sup>8</sup>. Por lo tanto, en ellos veremos los síntomas y criterios típicos pero sin llegar a configurar un cuadro completo. Así mismo, cada vez existen formas más atípicas de Trastorno de Conducta Alimentaria, por eso bajo este término también se incluyen algunas patologías como la Anorexia Nerviosa Atípica, la Bulimia Nerviosa Sub-umbral, el Trastorno por Atracón Sub-umbral, el Trastorno Purgativo, el Síndrome de la Ingesta Nocturna, etc.<sup>7</sup>

Hoy en día se acepta que los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen como base una etiología multifactorial en la que se identifican factores que no son susceptibles de modificación y se relacionan con una mayor probabilidad de tener un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Entre ellos destacan factores genéticos, como el sexo femenino, rasgos concretos de personalidad como son el perfeccionismo o la impulsividad y otros factores personales como el estilo de pensamiento. Se cree que muchas de estas personas presentan un pensamiento con marcada rigidez e inflexibilidad para hacer

cambios y con gran tendencia a centrarse en los detalles, por esto mismo es posible que presenten dificultades para el reconocimiento y la expresión adecuada de las emociones.

La influencia de la familia tiene un papel controvertido, no encontrándose relación con un modelo familiar concreto, pero, por el contrario, sí se ha relacionado la sobreprotección y el exceso de comentarios críticos con una mayor probabilidad de desarrollar un TCA. También se ha visto que en las familias en las que hay antecedentes de la enfermedad, en las que se han detectado problemas de relación, problemas en la comunicación o expresión de emociones entre los miembros de la familia, desavenencias entre los padres o que un miembro de la familia, fundamentalmente el padre, presente problemas de alcoholismo o de depresión, se incrementa el riesgo de padecer uno de estos trastornos.

Otros factores, que se consideran implicados son los acontecimientos vitales, entre los que se incluyen complicaciones perinatales, el desarrollo sexual (pubertad precoz) o las relaciones establecidas durante la infancia y adolescencia, donde se sabe que las críticas recibidas acerca de su cuerpo, el maltrato físico o el abuso sexual pueden influir en el desarrollo de una baja autoestima y desagrado corporal. También se ha detectado en minorías inmigrantes<sup>2</sup>, que el hecho de cambiar de país y muchas veces la dificultad de integrarse en sociedades que difieren culturalmente y que no comparten la misma raza, supone un acontecimiento vital muy estresante que puede derivar en un Trastorno de la Conducta Alimentaria.<sup>8,9</sup>

Son, sin duda, los factores susceptibles de modificación los que debemos atender y sobre los que se deben desarrollar los programas de prevención. Estos comprenden generalmente los factores sociales, entre los que destaca la presión sobre el cuerpo ejercida por la publicidad, los medios de comunicación, la industria de la estética y algunas actividades deportivas que promueven un estado físico estilizado, provocando la interiorización del ideal de belleza de delgadez como sinónimo de éxito y de satisfacción personal. Esto, unido a la valoración negativa de la propia figura supone un caldo de cultivo idóneo para el desarrollo de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.<sup>8,10</sup>

Así pues, las características y factores señalados previamente contribuirían en mayor o menor medida a establecer un determinado grado de vulnerabilidad en determinados sujetos en que un momento vital dado, probablemente a raíz de algún acontecimiento estresante, provoca el desencadenamiento o la reagudización de un descontento con la propia imagen, derivando en conducta patológica de alimentación<sup>2,4</sup>. Es esta conducta, una vez establecida, la que provoca cambios psicológicos como sensación de control, de logro, bienestar, y en ocasiones de calma emocional, que son experimentados como conductas beneficiosas por el propio paciente.

Es la importancia de realizar una buena prevención lo que motiva la realización de este trabajo de fin de grado. Tradicionalmente se han conceptualizado los diferentes tipos de prevención en tres niveles concretos: la prevención primaria que, en este caso, implica la reducción o eliminación de factores de riesgo que conducen al desarrollo de los trastornos de la alimentación, la prevención secundaria que versa en la identificación

temprana de la enfermedad y la instauración de un tratamiento efectivo en el menor tiempo posible (es en la que se centrará este trabajo) y, por último, la prevención terciaria que implica el establecimiento de medidas eficaces para prevenir las complicaciones y la cronicidad de la enfermedad.

Atendiendo a la terminología, es importante conocer conceptos como el “Tiempo sin tratamiento” o DIU (Duration of Untreated Illness), que define el periodo transcurrido entre el debut del Trastorno de la Conducta Alimentaria y el inicio del tratamiento específico para dicha enfermedad. Este concepto tiene una gran significación ya que se ha evidenciado que cuanto mayor sea este periodo mayor será la mortalidad y las complicaciones a largo plazo, reduciéndose así mismo la efectividad de los tratamientos<sup>5,6,11</sup>.

Se ha demostrado que durante los periodos en los que un Trastorno de la Conducta Alimentaria está activo se producen diferentes remodelaciones funcionales y estructurales de la masa cerebral. Esto ocurre porque es la adolescencia y juventud el momento vital en el que se están desarrollando las áreas del córtex prefrontal relacionadas con la auto-regulación de impulsos y comportamiento, y que durante la enfermedad se puede producir una cronificación de las conductas típicas de estos trastornos ya que son interpretadas como acciones de recompensa<sup>5,6,8</sup>. La media de duración del tiempo sin tratamiento es superior a los 2 años<sup>12</sup> y se ha visto, especialmente en pacientes afectados de Anorexia Nerviosa, que la intervención en los 3 primeros años de enfermedad aporta más probabilidades de conseguir una recuperación total, que si se hace de forma tardía<sup>6</sup>.

En numerosos estudios<sup>12</sup> se ha evidenciado que los pacientes que debutan con un TCA en edades tardías (>40 años) presentan periodos de enfermedad activa más largos a pesar de poseer más conciencia de enfermedad y deseo de tratarse, observándose mejores resultados en la evolución de la enfermedad cuanto más precoz sea el diagnóstico inicial<sup>3,9,10</sup>. Uno de los factores que juegan en contra de la identificación temprana de un TCA en los jóvenes es el hecho de que tienen menor conciencia de enfermedad y suelen acudir al especialista movidos generalmente por presiones externas, a pesar de disponer de mayor número y diversidad de fuentes de información que los pacientes de mayor edad<sup>12</sup>. Son especialmente los pacientes de género masculino los que más tarde buscan tratamiento además, los síntomas de alarma o prodrómicos que suelen presentar difieren ligeramente de los típicos (establecidos en el perfil femenino por ser el más prevalente), por lo tanto, el tiempo sin tratamiento es mayor que en el género femenino y es una variable a tener en cuenta<sup>13</sup>.

Para ilustrar mejor la necesidad de una intervención precoz, el estudio FREED (First Episode and Rapid Early Intervention service for Eating Disorders)<sup>5,6</sup> demostró que una intervención temprana reducía de forma significativa las comorbilidades psicopatológicas. Se evidenciaron mejoras en el estado de depresión, ansiedad, funcionamiento global, laboral, social y en la expresión de emociones. Esto señala la necesidad de formar a los profesionales sanitarios en la identificación los posibles signos de alarma de un TCA, especialmente en adolescentes y jóvenes, para que puedan beneficiarse de un tratamiento precoz, intensivo y más prolongado, que ha demostrado mejores resultados<sup>3,5,6</sup>.

Para ello, es indispensable adquirir mayor conocimiento de las rutas asistenciales que siguen los pacientes que debutan con un Trastorno de la Conducta Alimentaria, reduciendo así el tiempo sin tratamiento y optimizando las herramientas terapéuticas de las que disponen los especialistas. Según el estudio de Neubauer y colaboradores<sup>12</sup>, los médicos de Atención Primaria y los pediatras juegan el papel más importante en la detección precoz de TCA y en la derivación hacia el especialista para que se pueda dar un tratamiento específico al problema. Es por tanto esencial aportarles una formación completa que permita identificar los síntomas prodrómicos, que eduque en el manejo terapéutico de los niños y adolescentes que presenten un bajo peso y que aporte información sobre el síndrome de realimentación y sus complicaciones<sup>14</sup>. También se detectó que los maestros y profesores juegan un papel mucho menor de lo que se esperaba, siendo interesante realizar una formación dirigida a este colectivo para disponer de otras herramientas de diagnóstico precoz<sup>10,12</sup>.

Si analizamos la literatura existente sobre la sintomatología y alteraciones analíticas propias de los TCA, hay estudios <sup>3,15</sup> que han identificado diferentes factores que suelen coexistir entre los que se enumeran algunos síntomas psíquicos como las alteraciones de la propia imagen mantenidas en el tiempo, las preocupaciones con carácter obsesivo y la baja autoestima y la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas como depresión, ansiedad y alteraciones de la personalidad. Se ha demostrado que los síntomas derivados de los diferentes trastornos por ansiedad, especialmente durante la infancia, están relacionados prospectivamente con el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria, a veces persistiendo estos tras la remisión del problema alimenticio. Siendo el Trastorno obsesivo compulsivo (más relacionado con la Anorexia Nerviosa) y la fobia social y específicas (relacionadas con la Bulimia Nerviosa) los trastornos psiquiátricos con mayor comorbilidad en pacientes jóvenes o adolescentes <sup>1,4,11</sup>. Estas patologías están tan relacionadas que el hecho de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria incrementa de 2 a 7 veces el riesgo de desarrollar, en algún momento a lo largo de su vida, un trastorno de ansiedad, siendo más de la mitad de los individuos afectados de TCA los que derivan en un trastorno de ansiedad. <sup>4,8</sup>

Además, si nos centramos en pacientes afectados de Anorexia Nerviosa es común encontrar problemas cardíacos como arritmias o intervalo QT largo, insuficiencia renal, osteoporosis o tendencia a las infecciones graves. Respecto a las alteraciones biológicas y analíticas, los niveles bajos de la hormona T3 se consideran el biomarcador más importante en individuos con bajo peso y durante el proceso de realimentación. Estudios previos afirman que los cambios en parámetros como la ferritina, transferrina, factores del complemento (C3 y C4) y la fosfatasa alcalina podrían estar asociados con los procesos anabólicos/catabólicos durante los ingresos hospitalarios y en el seguimiento ambulatorio. La hipocortisolemia en la AN sugiere un mecanismo de adaptación a la malnutrición, al igual que las alteraciones plasmáticas de las proteínas transportadoras de lípidos (LTP) que son secundarias a la depleción del tejido graso. Así mismo, la AN y un IMC bajo se han relacionado con cambios hematológicos como leucopenia, alteraciones en la función granulocítica, depleción de los linfocitos T (CD4+ y CD8+) y de las células natural killer (CD16+/56+). Además, en este tipo de enfermedades son muy típicos los desbalances electrolíticos. Sin embargo, no es muy clara la interacción entre las variables biológicas y las psicopatológicas<sup>3</sup>.



Estudiando la literatura sobre el tipo de Atención Especializada y la intervención de los especialistas en trastornos de la alimentación, en diversos estudios realizados en Londres<sup>16</sup> se ha demostrado que la mayoría de los pacientes jóvenes que padecen AN podrían ser tratados exclusivamente de forma ambulatoria con buenos resultados de recuperación parcial en 6-12 meses. Además, se ha evidenciado que los internamientos de larga estancia, además de generar más gasto público, presentan superiores tasas de recaída, peores resultados a largo plazo y más insatisfacción por parte de los pacientes. Sin embargo, si atendemos a las tasas de continuación de tratamiento en el proporcionado por especialistas, estas superan el 80%, mientras que en el tratamiento ambulatorio son de un 40%, por lo que deberemos mantenernos cautelosos a la hora de interpretar los anteriores resultados. Una de las propuestas de este grupo de investigadores es crear un equipo de especialistas en trastornos de alimentación que puedan intervenir de forma ambulatoria, esto permitiría una atención mucho más temprana que mejoraría el tratamiento especialmente en adolescentes con TCA y además evitaría el ingreso hospitalario, reduciendo los costes sanitarios.

Según artículos publicados, también se han encontrado puntos susceptibles de mejora en la propia intervención del especialista. En el estudio llevado a cabo por Waller y colaboradores<sup>17</sup>, se identificó que de 100 pacientes derivados únicamente 25 completaban el tratamiento hasta final, identificándose puntos clave que pueden mejorar la asistencia y la evolución del TCA. Respecto a la derivación, se ha identificado la necesidad de formar a los médicos de Atención Primaria para que identifiquen realmente aquellos pacientes que tienen una TCA y evitar derivaciones que no deberían llegar al especialista o viceversa<sup>18</sup>. Esto se podría solventar con la elaboración de guías o información escrita que además se podrían entregar a los pacientes. Tras la entrevista, para asegurar la adherencia terapéutica, es importante hacer al paciente partícipe de su propia recuperación y motivarle durante el tratamiento. Otro de los puntos que se han detectado como necesarios es el hecho de involucrar a los cuidadores del paciente durante todo el proceso terapéutico y que puedan servir de apoyo en el periodo entre las consultas con los especialistas. Respecto a la etapa de tratamiento, se ha comprobado que uno de los factores que mejoran más la adherencia es el hecho de que el paciente observe los beneficios y las mejoras que está realizando, siendo otra vez un elemento clave la motivación.

Ateniendo a las recomendaciones de la guía NICE de 2017<sup>10</sup>, para obtener buenos resultados en el tratamiento deberemos facilitar el acceso a los servicios, tanto a los pacientes como a los cuidadores independientemente de su características sociodemográficas, y deberemos aportarles toda la información y explicaciones necesarias para que entiendan lo que es un Trastorno de la Conducta Alimentaria, cómo relacionarse y apoyar al paciente, los riesgos y complicaciones, los diferentes enfoques de tratamiento, etc. Además, los profesionales tienen que prestar especial atención a los casos de “bullying”, acoso, abandono o abuso (físico o psíquico) por los que puedan estar pasando los enfermos y explorar cómo el TCA está afectando en la esfera social, laboral y educativa en cada individuo, para asegurar una buena recuperación.

Esta guía también aporta pautas de organización o configuración de las unidades de TCA, insistiendo en la importancia de que los profesionales de la salud que trabajen en una unidad de TCA desarrollen habilidades de negociación, gestión de problemas

relacionados con el intercambio de información y de confidencialidad. La coordinación del personal y servicios deberá basarse en un modelo de trabajo constituido por equipos multidisciplinares que permitan dirigir los cuidados y tratamiento desde diferentes perspectivas<sup>10</sup>.

En la guía NICE<sup>10</sup> también se recogen los síntomas prodrómicos o de sospecha por los que suelen consultar, en las unidades de Atención Primaria, los pacientes que han debutado con un TCA, antes incluso de que este sea diagnosticado. Entre ellos destacan:

- Síntomas relacionados con una pérdida de peso rápida o un IMC/peso inusualmente bajo o alto para su edad.
- Cambios bruscos en el comportamiento alimentario o la práctica abusiva de patrones alimentarios restrictivos.
- La preocupación desproporcionada sobre su peso o forma (por ejemplo, preocupaciones sobre el aumento de peso como efecto secundario de otros fármacos)
- Aislamiento social, particularmente de situaciones que involucran comida.
- La comorbilidad con otras patologías de salud mental como ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, etc.
- Problemas para controlar una enfermedad crónica que afecta la dieta, como la diabetes o la enfermedad celíaca.
- Alteraciones menstruales u otras alteraciones endocrinas.
- Síntomas gastrointestinales inexplicables. Es común la presencia de dolor abdominal, que se asocia con vómitos o restricciones en la dieta, y que no puede ser completamente explicado por una condición médica.
- Signos físicos de desnutrición, incluyendo entre estos la mala circulación, los mareos, palpitaciones, desmayos o palidez.
- Presencia de comportamientos compensatorios como el uso indebido de laxantes o píldoras de dieta, vómitos o la realización de ejercicio físico excesivo.
- La identificación de desequilibrios electrolíticos inexplicables o hipoglucemias.
- Presencia de desgaste dental atípico (como la erosión).
- La participación en actividades asociadas con un alto riesgo de trastornos de la alimentación (deporte profesional, moda, danza, modelaje, etc).

Conocer estos signos o síntomas y poder identificarlos es una labor básica en la que se debe formar a todos los médicos, independientemente de su especialidad, para poder realizar una buena prevención secundaria de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y obtener mejores resultados en el tratamiento y recuperación de los pacientes.

#### **4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS:**

##### Objetivo general:

El principal objetivo de este estudio es analizar las características de las consultas médicas realizadas, en el año previo al momento de diagnóstico de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, en pacientes tratados en el periodo transcurrido entre octubre del año 2014 y noviembre del año 2018 en la UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

##### Objetivos específicos:

- I. Analizar el origen y procedencia de la derivación a la unidad ante la sospecha de un TCA.
- II. Estudiar el número de consultas médicas realizadas en el año previo al diagnóstico y si tuvieron lugar en Atención Primaria o en Atención Especializada, así como las que fueron realizadas en Urgencias.
- III. Describir, si los hubiera, patrones de consulta o patologías más frecuentes en la población con TCA.
- IV. Analizar el tiempo transcurrido entre la sospecha de Trastorno de la Conducta Alimentaria, referido en alguna consulta médica, y la asistencia en la UTCA.
- V. Estudiar las posibles diferencias de las variables en relación al diagnóstico clínico (Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificado).

##### Hipótesis:

- I. Una mayoría significativa de pacientes que acuden por primera vez a una consulta especializada de TCA habían establecido contacto previo durante el año anterior con Atención Primaria o especializada, habiendo consultado en dicho contacto por algún síntoma relacionado directa o indirectamente con el TCA y que pudiera constituir un síntoma prodromico del TCA.
- II. Que dichos síntomas no fueron identificados como sospecha de inicio de TCA y por lo tanto retrasaron el inicio del tratamiento.
- III. Que los síntomas consultados tendrán relación con síntomas gastrointestinales inespecíficos, problemas menstruales, variaciones de peso, psicológicos o alteraciones analíticas.
- IV. Que los pacientes con Anorexia Nerviosa y, por ende, con pérdida de peso serán más fácilmente identificados que aquellos con otra categoría de TCA.

## 5. PACIENTES Y MÉTODO

### Participantes:

Los criterios de inclusión en este estudio fueron los siguientes: todos los pacientes, independientemente de su sexo, diagnosticados de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) según los criterios establecidos por la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V), con edad de debut entre los 15-25 años, incluidos previamente en el programa “DETECTA” desarrollado por la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). En un periodo de tiempo que comprende desde octubre del año 2014 a noviembre del año 2018.

El programa “DETECTA” (Detección Temprana en Cantabria de los Trastornos Alimentarios) evalúa y trata de manera precoz e intensiva a todos los pacientes que acuden a recibir su primer tratamiento y están en su primer episodio de la enfermedad. Dicho programa además de una evaluación psicométrica y física al paciente y psicométrica a su familia, ofrece un tratamiento ambulatorio con terapia de conducta y familiar de tipo individual y grupal, con una media de veinte sesiones individuales y diez de tipo grupal.

### Variables:

Los datos relativos a los participantes fueron obtenidos de forma retrospectiva, consultando por medio del Visor del programa Altamira informes de los diferentes especialistas y los datos recogidos en el programa OMI de Atención Primaria. Toda esta información se ordenó y clasificó en una nueva base de datos específica generada en el programa Microsoft Excel (versión 1905 del paquete de programas Microsoft Office 365 ProPlus). En esta base de datos se recogen los datos de 99 pacientes de la UTCA en un total de 19 variables. Para nuestro estudio únicamente hemos operado y analizado las siguientes:

- Características demográficas de los pacientes: sexo y edad
- Diagnóstico del tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno por Atracón (TxA) o Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE).
- Origen de la derivación a la UTCA clasificada en: Atención Primaria, Atención Especializada, otras unidades de salud mental u otras vías.
- Número de consultas en el año previo a la fecha de diagnóstico del TCA, desglosando el número que se realizó en Atención Primaria, el número que se realizó en Atención Especializada y, de estas dos, cuántas se hicieron en calidad de Urgencias.
- Motivo de las consultas, categorizados en: consultas por cambio de peso, consultas por alteraciones de los datos analíticos, consultas por síntomas psicológicos, consultas por síntomas ginecológicos o consultas por síntomas inespecíficos (principalmente digestivos).
- Tiempo (meses) entre la consulta del primer síntoma relacionado con el TCA y la primera consulta en la unidad especializada (UTCA)

### Procedimiento:

El análisis de los datos y la obtención de resultados se llevó a cabo por medio del programa SPSS para Windows (versión 20), mediante las operaciones estadísticas y matemáticas que se muestran en el apartado “Resultados” de este mismo trabajo.

Se ha realizado fundamentalmente estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica, en función de la naturaleza de las variables.

## **6. RESULTADOS**

Tal y como se describió en el apartado de “Pacientes y Método”, a continuación, presentamos los resultados obtenidos del análisis descriptivo de la base de datos elaborada de modo específico para el presente Proyecto.

La base de datos contiene la información relativa a una muestra compuesta por un total de 99 pacientes todos ellos diagnosticados de Trastorno de la Conducta Alimentaria y tratados en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en un periodo temporal que va desde octubre de 2014 a noviembre de 2018.

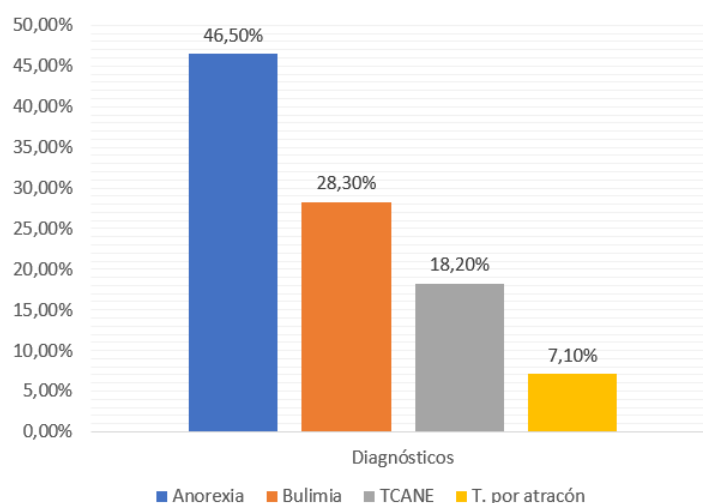
En primer lugar, se describe la muestra en función de las variables demográficas recogidas y que son el sexo y la edad de los pacientes. Con respecto al sexo, la muestra está compuesta por 94 mujeres (94,4% del total) y 5 hombres (5,1%). La tasa de incidencia de este tipo de patologías, más frecuente entre las mujeres, determina esta distribución de la muestra según el sexo.

La media de edad de la muestra es de 18,94 años (Desv. Tip 3,22). Se analizó la distribución de la edad en la muestra mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para comprobar su normalidad. Los resultados mostraron que la edad no presentaba una distribución normal por lo que todos aquellos análisis que se han realizado en los que ha estado implicada la variable “Edad”, se han realizado aplicando pruebas de estadística no paramétrica.

El análisis de la edad con respecto al sexo, nos muestra que la edad media para las mujeres fue de 18,94 años y de 19,00 para los hombres, no habiendo diferencia estadísticamente significativa.

Una vez descrita la muestra en términos de variables demográficas, pasamos a continuación a describir los resultados en relación con los diagnósticos de los pacientes. En primer lugar, se realiza un análisis de frecuencias para conocer la distribución de los diferentes diagnósticos en nuestra muestra. Los resultados se muestran en el siguiente gráfico:

### FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES DIAGNÓSTICOS



Así, un 46,5% (46 pacientes) de la muestra presentó un diagnóstico de Anorexia, siendo esta patología la más frecuente, el segundo puesto lo ocupa el diagnóstico de Bulimia con un 28,3% (28 pacientes), un 18,2% (18 pacientes) presentó diagnóstico de Trastorno no Específico y un 7,1% (7 pacientes) Trastorno por Atracón.

Una vez conocida la distribución global de los diagnósticos pasamos a su análisis en relación con el sexo. Comentar en este punto que, debido a la mayor incidencia de este tipo de patologías entre las mujeres y por tanto la sobre representación del sexo femenino en nuestra muestra, los análisis en los que se ve implicada la variable “sexo” han de ser interpretados con cautela. En todo caso, en la tabla siguiente se representa como se distribuyen los diagnósticos en función del sexo de los pacientes:

			DIAGNOSTICO				Total
			ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA	TCANE	TR. POR ATRACON	
SEXO	Mujer	Recuento	42	27	18	7	94
		Frecuencia esperada	43,7	26,6	17,1	6,6	94,0
		% dentro de Sexo	44,7%	28,7%	19,1%	7,4%	100,0%
		% dentro de DIAGNOSTICO	91,3%	96,4%	100,0%	100,0%	94,9%
	Hombre	Recuento	4	1	0	0	5
		Frecuencia esperada	2,3	1,4	,9	,4	5,0
		% dentro de Sexo	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de DIAGNOSTICO	8,7%	3,6%	0,0%	0,0%	5,1%
Total	Recuento	46	28	18	7	99	
	Frecuencia esperada	46,0	28,0	18,0	7,0	99,0	
	% dentro de Sexo	46,5%	28,3%	18,2%	7,1%	100,0%	
	% dentro de DIAGNOSTICO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Como muestran los datos, la Anorexia es el diagnóstico más frecuente en ambos sexos suponiendo el diagnóstico del 44,7% de las mujeres de la muestra y el 80% entre los hombres, seguido de la Bulimia. Los Trastornos no especificados serían el tercer diagnóstico en orden de frecuencia para las mujeres (19,1%) seguido del Trastorno por Atracón (7,4%). Estos dos últimos diagnósticos no aparecen entre los hombres.

Esta distribución de los diagnósticos según el sexo no es estadísticamente significativa ( $\chi^2=0,43$ ).

Seguidamente se realizó un análisis detallado de los diagnósticos en relación a la media de edad de los pacientes en un intento de verificar si diagnóstico y edad podrían guardar alguna relación. Los resultados mostraron que los pacientes diagnosticados de Trastorno por Atracón, eran los que en nuestra muestra presentaban una media de edad más alta, seguidos por los pacientes bulímicos y aquellos con Trastornos No Especificados. Los pacientes diagnosticados de Anorexia fueron los que presentaban una media de edad menor.

En la tabla siguiente se muestran estos resultados obtenidos a este respecto:

<b>EDAD DIAGNÓSTICO</b>			
	Media	N	Desv. típ.
ANOREXIA NERVIOSA	18,41	46	3,215
BULIMIA NERVIOSA	19,18	28	3,539
TCANE	19,06	18	3,115
TR. POR ATRACON	21,14	7	,690
Total	18,94	99	3,226

Se realizó el análisis de esta diferencia de medias mediante la prueba de Kruskal-Wallis y los resultados dicen que esta diferencia de medias no es estadísticamente significativa.

En un intento de profundizar en el análisis de edad, y debido a su distribución en nuestra muestra, se realizó una recodificación atendiendo al valor de los percentiles. Así se creó una nueva variable, relativa a la edad, cualitativa con dos categorías: una que recoge a los pacientes entre 15 y 19 años, siendo estos un total de 60 pacientes (60,6%) y otra para los de 20 años y mayores lo que supone un total de 39 pacientes (39,4%).

A continuación, hemos analizado esta variable categórica de la edad en relación con los diagnósticos. La tabla siguiente muestra los resultados obtenidos:

			GRUPOS EDAD		Total
			Entre 15 y 19 Años	20 o más Años	
DIAGNÓSTICO	ANOREXIA NERVIOSA	Recuento	32	14	46
		Frecuencia esperada	27,9	18,1	46,0
		% dentro de DIAGNOSTICO	69,6%	30,4%	100,0%
		% dentro de Grupos edad	53,3%	35,9%	46,5%
	BULIMIA NERVIOSA	Recuento	18	10	28
		Frecuencia esperada	17,0	11,0	28,0
		% dentro de DIAGNOSTICO	64,3%	35,7%	100,0%
		% dentro de Grupos edad	30,0%	25,6%	28,3%
	TCANE	Recuento	10	8	18
		Frecuencia esperada	10,9	7,1	18,0
		% dentro de DIAGNOSTICO	55,6%	44,4%	100,0%
		% dentro de Grupos edad	16,7%	20,5%	18,2%
	TR. POR ATRACON	Recuento	0	7	7
		Frecuencia esperada	4,2	2,8	7,0
		% dentro de DIAGNOSTICO	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Grupos edad	0,0%	17,9%	7,1%
Total		Recuento	60	39	99
		Frecuencia esperada	60,0	39,0	99,0
		% dentro de DIAGNOSTICO	60,6%	39,4%	100,0%
		% dentro de Grupos edad	100,0%	100,0%	100,0%

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,667 <sup>a</sup>	3	,005
Corrección por continuidad			
Razón de verosimilitudes	14,991	3	,002
Asociación lineal por lineal	8,413	1	,004
N de casos válidos	99		
a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,76.			

A sí vemos que, en el grupo de pacientes más jóvenes, hay una incidencia de Anorexia mayor a la esperada y lo mismo sucede con los Trastornos por Atracón en el grupo de pacientes de 20 o más años. El resultado de este análisis es estadísticamente significativo con una  $p=0,005$ .

Otro de los aspectos importantes recogidos en la base de datos, es todo lo que tiene que ver con los contactos de los pacientes con los diferentes servicios de salud durante el año previo a su diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Tal como ya se describió en el apartado de Pacientes y Método, la base de datos contiene la información relativa a el tipo de contacto de las consultas médicas realizadas por los pacientes, esto es si fue con los servicios de Atención Primaria y/o de Atención Especializada, contactos con los Servicios de Urgencias y frecuencias de los mismos.



Los resultados del análisis de toda esta información muestran que la mayor parte de los contactos se realizó con las Unidades de Atención Primaria con una media de 2,86 consultas. Hay pacientes que, durante ese año previo a su llegada a la UTCA, realizaron hasta 10 consultas con los Servicios de Primaria. Le siguen en frecuencia los contactos con Unidades de Atención Especializada con una media de 0,77 seguidos de una media de 0,52 de contactos con las Unidades de Urgencias. La media de consultas totales fue de 3,70. La tabla siguiente muestra en detalle todos estos resultados.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Nº CONSULTAS EN A. PRIMARIA	92	0	10	2,89	2,397
Nº DE CONSULTAS EN URGENCIAS	91	0	4	,52	,982
Nº DE CONSULTAS EN A. ESPECIALIZADA	92	0	6	,77	1,241
Nº DE CONSULTAS TOTALES	91	0	13	3,70	2,858
N válido (según lista)	91				

El siguiente análisis fue dirigido a verificar si la distribución en la muestra del número de consultas realizados por los pacientes, seguía o no una patrón de normalidad. Mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov, se demuestra que no siguen una distribución normal, por lo que todos los análisis descriptivos a realizar con estas variables, han de realizarse mediante pruebas de estadística no paramétrica.

Comenzamos con el análisis del número de consultas en relación con los diagnósticos. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

DIAGNÓSTICO		Nº CONSULTAS A. PRIMARIA	Nº CONSULTAS A. ESPECIALIZADA	Nº CONSULTAS URGENCIAS	Nº CONSULTAS TOTALES
ANOREXIA NERVIOSA	Media	2,41	,63	,39	3,05
	N	41	41	41	41
	Desv. típ.	1,871	1,220	,891	2,179
BULIMIA NERVIOSA	Media	3,42	,77	,52	4,36
	N	26	26	25	25
	Desv. típ.	2,671	1,243	1,085	3,414
TCANE	Media	3,39	,94	,72	4,33
	N	18	18	18	18
	Desv. típ.	3,071	1,349	1,074	3,378
TR. POR ATRACON	Media	2,43	1,14	,71	3,57
	N	7	7	7	7
	Desv. típ.	1,902	1,215	,951	2,440
Total	Media	2,89	,77	,52	3,70
	N	92	92	91	91
	Desv. típ.	2,397	1,241	,982	2,858

Como puede verse en la tabla anterior, la media más alta de consultas en Atención Primaria corresponde a los pacientes diagnosticados de Bulimia (3,42 consultas), seguida por los Trastornos no Especificados (3,39 consultas) y los Trastornos por Atracón (2,43 consultas). Los pacientes diagnosticados de Anorexia son los que presentan una media menor de contactos con la Atención Primaria (2,41 consultas). En el caso de la

Atención Especializada, la media más alta de contactos es la de los pacientes diagnosticados de Trastorno por Atracón con una media de 1,14 visitas.

El resto de los diagnósticos presentan una media de contactos con la Atención Especializada, menor de 1. Con respecto a las Urgencias, la media de contactos también es menos de 1 para todos los diagnósticos. En todo caso, el análisis del contacto con los Servicios de Urgencias será objeto más adelante en un análisis más detallado.

Estas diferencias de medias fueron analizadas mediante la prueba de Kruskal-Wallis, y el resultado mostró que se trata de unas diferencias que no son estadísticamente significativas.

En un intento de verificar si el número de contactos con los diferentes servicios de salud podría estar mediatizado el sexo o la edad de los pacientes, se realizó a continuación el análisis del número de consultas realizado en el año previo al diagnóstico, en relación a las variables sociodemográficas.

Así con respecto a sexo, en nuestra muestra las mujeres presentan una media de contactos con el sistema sanitario mayor, tanto en lo que se refiere a la Atención Primaria, como a la Especializada y al contacto con los Servicios de Urgencias. Se analizó mediante la prueba de U de Mann-Whitney esta diferencia de medias encontrándose diferencias estadísticamente significativas en los contactos con la Atención Primaria donde las mujeres presentan una media de 3,01 contactos frente a los 0,80 de los hombres. Esta diferencia afecta como es lógico a la variable sumatoria que recoge el total de las consultas y que también es, por tanto, estadísticamente significativa. A continuación se presentan los datos obtenidos:

		Nº CONSULTAS A. PRIMARIA	Nº CONSULTAS A. ESPECIALIZADA	Nº CONSULTAS URGENCIAS	Nº CONSULTAS TOTALES
<b>MUJER</b>	Media	3,01	,78	,52	3,84
	N	87	87	86	86
	Desv. típ.	2,404	1,261	,991	2,861
<b>HOMBRE</b>	Media	,80	,60	,40	1,40
	N	5	5	5	5
	Desv. típ.	,837	,894	,894	1,673
<b>Total</b>	Media	2,89	,77	,52	3,70
	N	92	92	91	91
	Desv. típ.	2,397	1,241	,982	2,858

	Nº DE CONSULTAS EN A. PRIMARIA	Nº DE CONSULTAS EN A. ESPECIALIZADA	Nº DE CONSULTAS EN URGENCIAS	Nº DE CONSULTAS TOTALES
U de Mann-Whitney	82,000	214,000	199,500	93,500
W de Wilcoxon	97,000	229,000	214,500	108,500
Z	-2,366	-,069	-,340	-2,141
Sig. asintót. (bilateral)	,018	,945	,734	,032

En lo que hace referencia al análisis de la edad, hemos utilizado para esta prueba de contraste de medias, la variable categórica construida a partir de la variable numérica inicial en la que recogimos la edad de los pacientes. Así, vemos que la media de contactos con el sistema sanitario, es mayor para el grupo de pacientes con más edad tanto con la Atención Primaria como con la Atención Especializada como con los Servicios de Urgencias.

Esta diferencia de medias analizada igual que en el caso anterior mediante la prueba U de Mann-Whitney muestra diferencias estadísticamente significativas en lo que hace referencia a las consultas en Atención Especializada y Servicios de Urgencia.

A continuación se presentan las tablas con estos resultados:

GRUPOS EDAD		Nº CONSULTAS A. PRIMARIA	Nº CONSULTAS A. ESPECIALIZADA	Nº CONSULTAS URGENCIAS	Nº CONSULTAS TOTALES
15 -19 años	Media	2,80	,54	,36	3,34
	N	56	56	56	56
	Desv. típ.	2,284	,972	,862	2,692
20 -25 años	Media	3,03	1,14	,77	4,29
	N	36	36	35	35
	Desv. típ.	2,591	1,515	1,114	3,054
Total	Media	2,89	,77	,52	3,70
	N	92	92	91	91
	Desv. típ.	2,397	1,241	,982	2,858

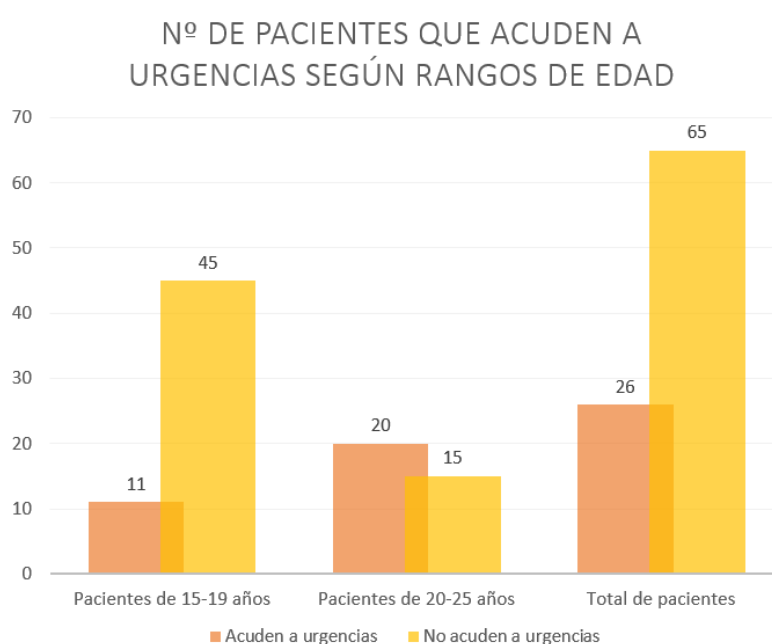
	Nº CONSULTAS A. PRIMARIA	Nº CONSULTAS A. ESPECIALIZADA	Nº CONSULTAS URGENCIAS	Nº CONSULTAS TOTALES
U de Mann-Whitney	973,500	762,000	751,000	777,000
W de Wilcoxon	2569,500	2358,000	2347,000	2373,000
Z	-,280	-2,247	-2,350	-1,675
Sig. asintót. (bilateral)	,780	,025	,019	,094

Tal y como se ha mencionado anteriormente, nos pareció interesante realizar un análisis más detallado de los contactos de los pacientes con los Servicios de Urgencia por sus especiales características.

Para ello en primer lugar fue necesario crear una nueva variable que distribuyera a los pacientes entre los que habían realizado algún contacto con la Urgencia en el año previo a su diagnóstico en la UTCA y aquellos que no habían realizado contacto alguno con dicho Servicio de Urgencias. Se creó por tanto esa variable a partir de la variable relativa a número de contactos en Urgencia.

Esta nueva variable fue recodificada en Contacto con Urgencias “si” o “no”. Del total de los pacientes de la muestra, 65 (65,7%) no acudieron a la Urgencia durante el año previo a su diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria y 26 (26,3%) si lo hicieron.

En primer lugar, se analizó esta nueva variable en relación con las variables sociodemográficas y este análisis nos dio como resultado que según el sexo no hubo diferencias pero si con respecto a la edad. En este sentido, los pacientes del grupo de edad mayor, eso es de 20 o más años, acuden más a los Servicios de Urgencia que los del grupo de edad más joven. Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $P=0,016$ ). El gráfico y la tabla siguientes muestran estos resultados:



PRUEBAS DE CHI-CUADRADO					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,688 <sup>a</sup>	1	,017		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	4,607	1	,032		
Razón de verosimilitudes	5,595	1	,018		
Estadístico exacto de Fisher				,031	,016
Asociación lineal por lineal	5,625	1	,018		
N de casos válidos	91				

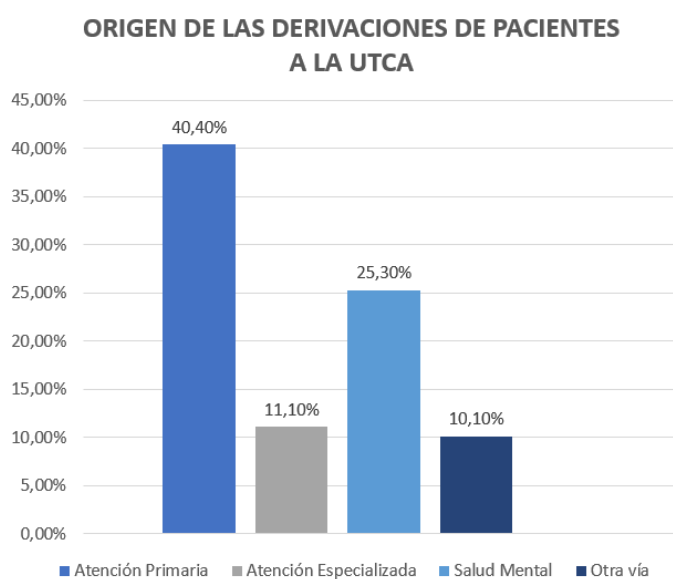
El análisis específico de los contactos con los Servicios de Urgencia durante el año previo, en relación con el diagnóstico de los pacientes, nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas.

			URGENCIAS		Total
			No acude	Acude	
DIAGNÓSTICO	ANOREXIA NERVIOSA	Recuento	32	9	41
		Frecuencia esperada	29,3	11,7	41,0
	BULIMIA NERVIOSA	Recuento	19	6	25
		Frecuencia esperada	17,9	7,1	25,0
	TCANE	Recuento	10	8	18
		Frecuencia esperada	12,9	5,1	18,0
	TR. POR ATRACON	Recuento	4	3	7
		Frecuencia esperada	5,0	2,0	7,0
Total		Recuento	65	26	91
		Frecuencia esperada	65,0	26,0	91,0

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,059 <sup>a</sup>	3	,255
Corrección por continuidad			
Razón de verosimilitudes	3,884	3	,274
Asociación lineal por lineal	3,226	1	,072
N de casos válidos	91		

Otro de los objetivos planteados en el presente Proyecto es el de conocer el origen de la derivación de los pacientes que llegan a la UTCA, es decir conocer desde que servicios estos pacientes son identificados como candidatos a una consulta más específica para un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Así en nuestra base de datos se recogió esta información a través de una variable que contenía el tipo de Unidad de origen de los pacientes ante la sospecha de un TCA.

Para ello en primer lugar realizamos un análisis descriptivo de las frecuencias de los Centros o Unidades que derivan a los pacientes hasta la UTCA. Los resultados se muestran en el gráfico siguiente:



Señalar en primer lugar que, como muestra el gráfico y a pesar de nuestro interés por investigar la ruta asistencial de los pacientes de la muestra, hay un total de 13 pacientes (13,1%) sobre los cuales no hemos encontrado información respecto de la Unidad que generó su derivación a la UTCA. Por lo tanto, los porcentajes se obtuvieron de los 86 pacientes restantes. Como muestran los datos, la mayor parte de ellos fueron derivados desde los servicios de Atención Primaria con un total de 40 pacientes (40,4%), seguidos por los derivados desde las Unidades de Salud Mental con un recuento de 25 pacientes (25,3%), desde la Atención Especializada se derivó a 11 pacientes (11,1%) y finalmente de Otras Vías de derivación donde se han incluido asociaciones, etc. Se derivó un total de 10 pacientes (10,1%).

Es interesante analizar esta variable sobre la ruta asistencial de los pacientes en relación con el diagnóstico que finalmente se les adjudica una vez que llegan y son valorados por la UTCA en un intento de encontrar alguna relación entre ambos aspectos.

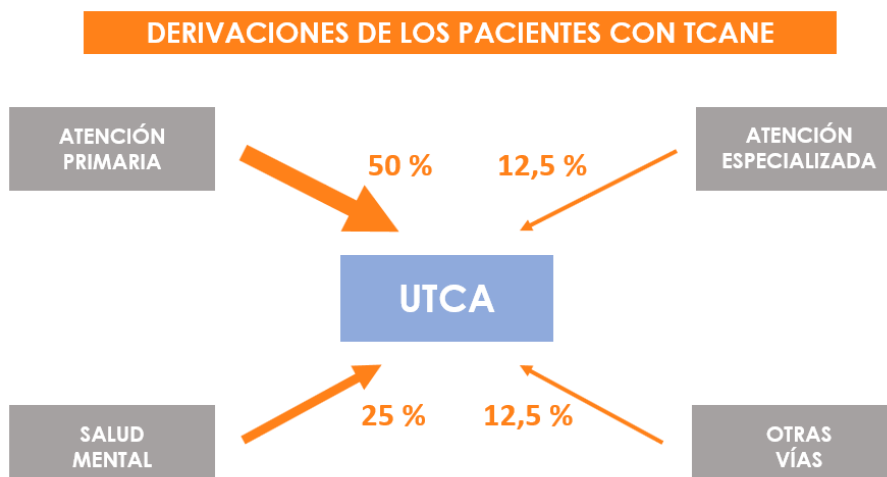
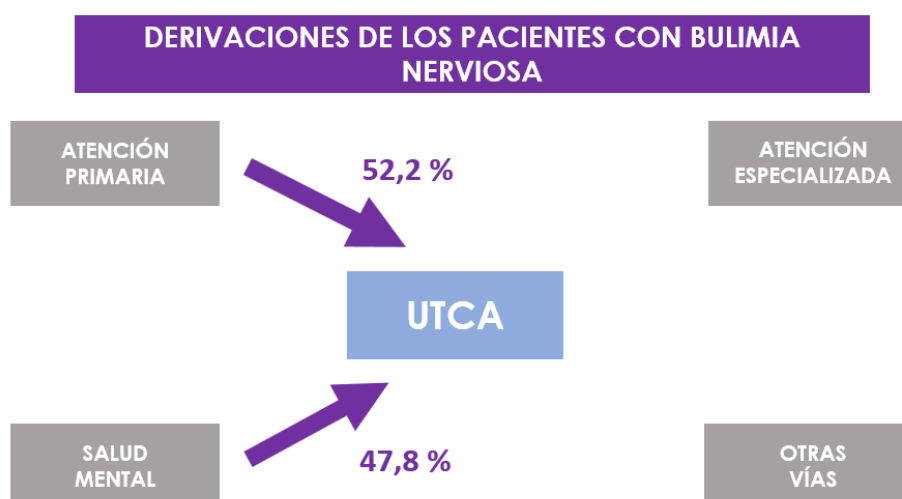
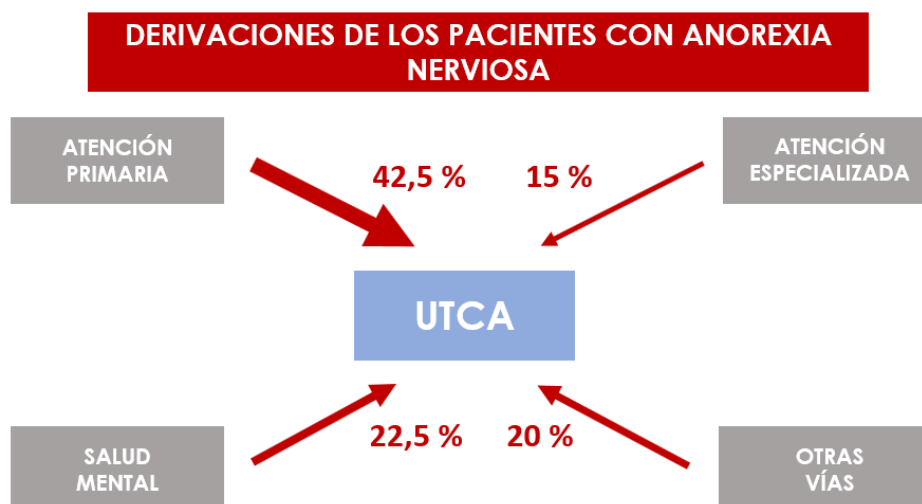
En la tabla siguiente se muestran los datos obtenidos a este respecto:

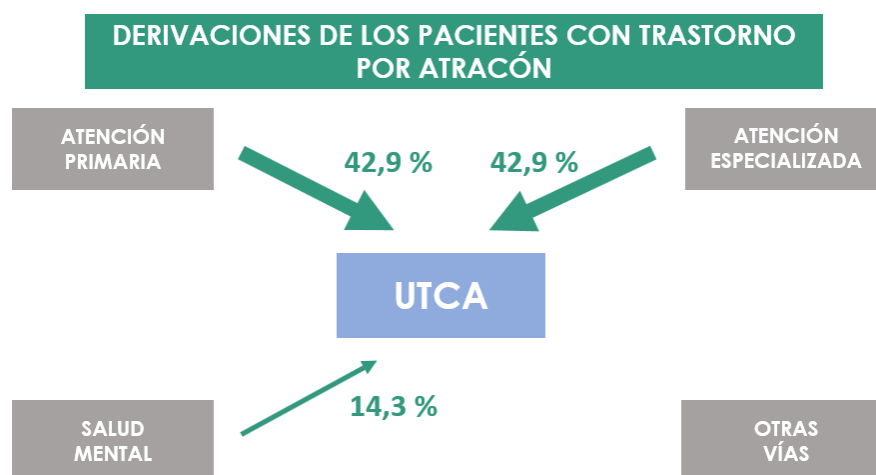
			ORIGEN DE LA DERIVACIÓN				Total
			ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	SALUD MENTAL	OTRA VÍA	
DIAGNÓSTICO	ANOREXIA NERVIOSA	Recuento	17	6	9	8	40
		Frecuencia esperada	18,6	5,1	11,6	4,7	40,0
		% dentro de diagnóstico	42,5%	15,0%	22,5%	20,0%	100,0%
		% dentro del origen	42,5%	54,5%	36,0%	80,0%	46,5%
	BULIMIA NERVIOSA	Recuento	12	0	11	0	23
		Frecuencia esperada	10,7	2,9	6,7	2,7	23,0
		% dentro de diagnóstico	52,2%	0,0%	47,8%	0,0%	100,0%
		% dentro del origen	30,0%	0,0%	44,0%	0,0%	26,7%
	TCANE	Recuento	8	2	4	2	16
		Frecuencia esperada	7,4	2,0	4,7	1,9	16,0
		% dentro de diagnóstico	50,0%	12,5%	25,0%	12,5%	100,0%
		% dentro del origen	20,0%	18,2%	16,0%	20,0%	18,6%
	TR. POR ATRACON	Recuento	3	3	1	0	7
		Frecuencia esperada	3,3	,9	2,0	,8	7,0
		% dentro de diagnóstico	42,9%	42,9%	14,3%	0,0%	100,0%
		% dentro del origen	7,5%	27,3%	4,0%	0,0%	8,1%
Total		Recuento	40	11	25	10	86
		Frecuencia esperada	40,0	11,0	25,0	10,0	86,0
		% dentro de diagnóstico	46,5%	12,8%	29,1%	11,6%	100,0%
		% dentro del origen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,307 <sup>a</sup>	9	,032
Corrección por continuidad			
Razón de verosimilitudes	22,112	9	,009
Asociación lineal por lineal	1,278	1	,258
N de casos válidos	86		

Los pacientes con diagnóstico final de Anorexia Nerviosa provienen más frecuentemente derivados desde los servicios de Atención Primaria. Los pacientes con Bulimia Nerviosa casi en un 50% son enviados desde los Servicios de Atención Primaria

y desde las Unidades de Salud Mental. Los TCANE provienen mayoritariamente desde la Unidades de Atención Primaria siendo los pacientes con un Trastorno por Atracón mayoritariamente derivados desde una consulta de Atención Especializada (generalmente servicio de endocrinología) o desde Atención Primaria. Como puede verse en la tabla, las diferencias descritas son estadísticamente significativas. Para ilustrar mejor este concepto hemos elaborado los siguientes diagramas:





Otro aspecto muy importante es el análisis detallado de los tiempos de demora entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico de un Trastorno de la Conducta Alimentaria. A pesar de ser una variable muy interesante, uno de los problemas con los que nos encontramos fue la obtención de los datos necesarios para obtener esta información. Así hay que decir que esta variable está disponible tan solo para el 56,6% de la muestra. En el 43,4% restante no se han encontrado datos en las historias clínicas como para poder conocer esta información.

Así, con los datos obtenidos, estos son los resultados a este respecto:

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
MESES ENTRE PRIMER SINTOMA Y DIAGNÓSTICO	56	1	12	7,68	3,899
N válido (según lista)	56				

La media de espera fue de 7,68 meses siendo el paciente que más demora presentó de 12 meses y el que tuvo una derivación más rápida de 1 mes.

Hemos analizado el tipo de distribución de esta variable mediante la prueba de Kilmogorov-Smirnov y los resultados muestran que se trata de una variable que no muestra una distribución normal. Así como ha venido sucediendo en otras variables analizadas anteriormente, se utilizarán pruebas no paramétricas para la descripción de esta variable temporal. Es interesante en este punto analizar los tiempos de demora en el diagnóstico, en relación con los propios diagnósticos ulteriormente asignados a los pacientes en la UTCA. A continuación, se presenta la tabla con los resultados obtenidos a este respecto:



MESES ENTRE PRIMER SINTOMA Y DIAGNÓSTICO			
	Media	N	Desv. típ.
ANOREXIA NERVIOSA	6,87	23	3,709
BULIMIA NERVIOSA	9,37	19	3,609
TCANE	6,45	11	4,413
TR. POR ATRACON	7,67	3	3,055
Total	7,68	56	3,899

Los resultados revelan que los pacientes que en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimenticia son finalmente diagnosticados de Bulimia, son los que presentan una mayor demora en su llegada a dicha Unidad con una media de 9,37 meses. Después lo hacen los pacientes diagnosticados de Trastorno por Atracón con una media de 7,67 meses, seguidos por los pacientes diagnosticados de Anorexia, con 6,87 meses. Los pacientes con trastornos inespecíficos son los que presentan menores tiempos de demora.

Según la prueba de Kruskal-Wallis aplicada a esta diferencia de medias, se trata de unas diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,05$ ).

Se ha realizado un análisis de estos tiempos de demora también en relación con las variables sociodemográficas. Los resultados revelaron que las mujeres presentaban unos tiempos medios de demora mayores que los hombres y lo mismo para el grupo de mayor edad (20 o más años). Sin embargo, las pruebas de U de Mann-Whitney realizadas revelaron que las diferencias no eran estadísticamente significativas.

Pasamos a analizar las variables clínicas que tiene que ver con los síntomas que pudieran considerarse prodrómicos o de inicio de un TCA y que hubieran motivado una consulta previa en el año anterior. Se recogieron todos los síntomas presentados por los pacientes y referidos en sus consultas durante el año previo a su llegada a la UTCA.

La variabilidad de los síntomas encontrados, dificultaba su análisis estadístico así que se optó por realizar una recodificación de los mismos.

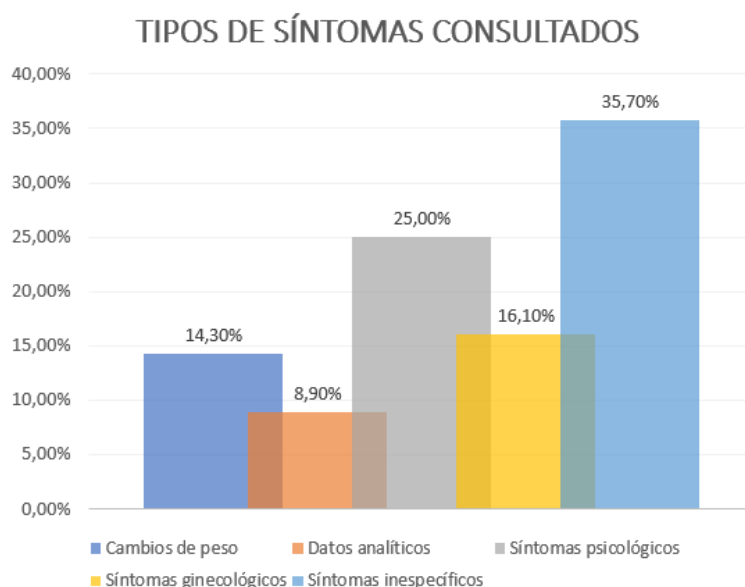
Así, se clasificaron los posibles síntomas en:

- Consultas relacionadas con la variación de peso
- Alteración de datos analíticos como anemia o alteraciones electrolíticas,
- Síntomas psicológicos (como ansiedad, insatisfacción con la imagen o clínica depresiva)
- Síntomas ginecológicos como amenorrea o irregularidades menstruales
- Síntomas inespecíficos como molestias digestivas (dolor abdominal, epigastralgias, estreñimiento) o dolores de tipo lumbar.

Una vez realizado el trabajo de recodificación, la descripción de los síntomas se muestra a continuación:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
VÁLIDOS	No consultan	39	39,4	39,4	39,4
	Cambios de peso	8	8,1	8,1	47,5
	Datos analíticos	5	5,1	5,1	52,5
	Síntomas psicológicos	14	14,1	14,1	66,7
	Síntomas ginecológicos	9	9,1	9,1	75,8
	Síntomas inespecíficos (digestivos principalmente)	20	20,2	20,2	96,0
	Sin datos	4	4,0	4,0	100,0
	Total	99	100,0	100,0	

Los resultados revelan la necesidad de un nuevo proceso de depuración ya que hay casi un 40% de la muestra que no realizaron consultas previas relacionadas con el TCA por lo que carecen de información en relación con posibles síntomas, además, por otro lado hay 4 pacientes de los que se desconoce esta información. Así si analizamos los datos de aquellos pacientes de los que conocemos esta información los datos son como siguen:



Vemos como según los datos de frecuencia, los síntomas más prevalentes son los síntomas catalogados como inespecíficos que los presentaron 20 de los 56 pacientes (35,7%), así como los que tienen que ver con aspectos psicológicos que se identificaron en 14 pacientes (25%). En menor medida, se identificaron síntomas ginecológicos en 9 pacientes (16,1%), preocupación o evidencia de cambio de peso en 8 paciente (14,3%) y, por último, alteraciones de los datos analíticos en 5 pacientes (8,9%).

El análisis de estos datos clínicos en relación con las variables sociodemográficas no revela datos estadísticamente significativos, estando la sintomatología igualmente distribuida entre hombres y mujeres y entre los dos grandes grupos de edad.

Si es interesante analizar la presencia de estos síntomas en relación con el diagnóstico de los pacientes para intentar identificar síntomas que pudieran considerarse prodrómicos o de inicio de un TCA. A este respecto estos son los resultados obtenidos:

			SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL TCA					Total
			Cambios de peso	Datos analíticos	Síntomas psicológicos	Síntomas ginecológicos	Síntomas inespecíficos	
DIAGNÓSTICO	ANOREXIA NERVIOSA	Recuento	3	2	2	6	10	23
		Frecuencia esperada	3,3	2,1	5,8	3,7	8,2	23,0
		% dentro de diagnóstico	13,0%	8,7%	8,7%	26,1%	43,5%	100,0%
		% dentro de síntomas relacionados	37,5%	40,0%	14,3%	66,7%	50,0%	41,1%
	BULIMIA NERVIOSA	Recuento	5	1	8	2	3	19
		Frecuencia esperada	2,7	1,7	4,8	3,1	6,8	19,0
		% dentro de diagnóstico	26,3%	5,3%	42,1%	10,5%	15,8%	100,0%
		% dentro de síntomas relacionados	62,5%	20,0%	57,1%	22,2%	15,0%	33,9%
	TCANE	Recuento	0	2	4	1	4	11
		Frecuencia esperada	1,6	1,0	2,8	1,8	3,9	11,0
		% dentro de diagnóstico	0,0%	18,2%	36,4%	9,1%	36,4%	100,0%
		% dentro de síntomas relacionados	0,0%	40,0%	28,6%	11,1%	20,0%	19,6%
	TR. POR ATRACON	Recuento	0	0	0	0	3	3
		Frecuencia esperada	,4	,3	,8	,5	1,1	3,0
		% dentro de diagnóstico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de síntomas relacionados	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%	5,4%
Total		Recuento	8	5	14	9	20	56
		Frecuencia esperada	8,0	5,0	14,0	9,0	20,0	56,0
		% dentro de diagnóstico	14,3%	8,9%	25,0%	16,1%	35,7%	100,0%
		% dentro de síntomas relacionados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,135 <sup>a</sup>	12	,065
Corrección por continuidad			
Razón de verosimilitudes	22,699	12	,030
Asociación lineal por lineal	,173	1	,677
N de casos válidos	56		

## 7. DISCUSIÓN

La relevancia e interés de este estudio, además de por los interesantes resultados obtenidos, radica en la necesidad de conocer y estudiar la muestra de pacientes seleccionada, para poder establecer unos criterios a la hora de desarrollar programas de intervención precoz en el ámbito de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Siendo este trabajo una descripción de los casos seleccionados según los criterios explicados previamente.

En nuestra muestra el 94,4% de los pacientes son mujeres, que como se comentó previamente coincide con el hecho de que la mayor parte de los usuarios afectos de un Trastorno de la Conducta Alimentaria son de sexo femenino, y esto nos permite comparar con los perfiles típicos establecidos en la literatura existente <sup>2-6</sup>.

Los pacientes de sexo masculino presentan ciertas características que difieren ligeramente del patrón típico de enfermedad. Según estudios previos <sup>12</sup>, los hombres presentan una prevalencia mayor para Bulimia Nerviosa o Trastorno por Atracón, no tanto para la Anorexia, siendo esta última fracción de los pacientes masculinos más parecidos en características al patrón típico femenino. En nuestro caso, de los 5 pacientes hombres presentes en la muestra, cuatro de ellos estaban diagnosticados de Anorexia y uno de ellos de Bulimia. Estos datos no coinciden con lo descrito en la bibliografía, pero hay que destacar que en nuestra muestra la distribución de los diagnósticos según el sexo no es significativa.

Al haber acotado nuestra muestra a los individuos que debutaron entre los 15 y 25 años, la media de edad en el debut de la enfermedad no debería extrapolarse a la población ni tomarse como un dato global.

Al igual que se describe en la literatura,<sup>3</sup> en nuestra muestra la Anorexia Nerviosa es la enfermedad más prevalente, seguida de la Bulimia Nerviosa. Al analizar estos datos junto con la edad de los pacientes, se demostró de forma significativa que, en nuestra muestra, los pacientes más jóvenes ( $\leq 19$  años) presentan una incidencia mayor de Anorexia Nerviosa, frente a los más mayores ( $\geq 20$  años) que presentan una incidencia mayor de Trastorno por Atracón, como se repite en la mayoría de los estudios.

Atendiendo al origen de las derivaciones y las rutas asistenciales seguidas por nuestros pacientes, la mayor parte de ellos fueron derivados por parte de sus médicos de Atención Primaria, seguidos por los que fueron derivados desde otras unidades de Salud Mental, por especialistas y por último por otras vías diferentes. Hay que destacar que en 13 de los 99 pacientes de nuestra muestra fue imposible determinar el origen de la derivación con la información de la que se disponía.

Nos pareció interesante analizar la variable del origen de la derivación en relación con el diagnóstico que presentaba cada paciente, y encontramos que las diferencias descritas fueron estadísticamente significativas. Según el artículo de Gumz y colaboradores <sup>1</sup>, solo la mitad de los casos de Anorexia Nerviosa son detectados por los médicos de Atención Primaria, en nuestro caso el 42,5% de los casos de Anorexia fueron derivados por Atención Primaria, seguidos por un 15% de casos derivados desde Atención Especializada y un 22,5% de las unidades de Salud Mental. Además, creemos

importante destacar que en los pacientes diagnosticados de Bulimia un 52,2% fueron derivados por su médico de Atención Primaria y un 47,8% por las Unidades de Salud mental, no presentándose en nuestra muestra ninguna derivación por parte de especialistas o por otras vías. Los pacientes con TCANE también provienen en mayor medida de los centros de Atención Primaria (50%), pero hay que destacar que los pacientes diagnosticados de un Trastorno por Atracón de nuestra muestra proceden en la misma proporción de derivaciones hechas por médicos de Atención Primaria como médicos especialistas (ambas con un 42,9%). Resumiendo, nuestros datos confirman los hallazgos de otros estudios <sup>12,14,15</sup>, que son los médicos de Atención Primaria los que realizan el mayor número de derivaciones y, por tanto, a los que se debe formar con el objetivo de realizar una correcta prevención secundaria dirigida especialmente al sector de la población estudiado.

Si atendemos al número de consultas en el año previo al diagnóstico, en total los pacientes consultan una media de 3,70 veces y la mayor parte, como era de esperar, se realizaron en Atención Primaria con una media de 2,86 consultas por paciente. El número de consultas según diagnóstico no fue estadísticamente significativo. En contraposición, si se pudo comprobar que las mujeres consultan una media de 3,84 veces frente al 1,40 que consultan los hombres, estas diferencias sí son significativas y coinciden con las citadas en otros estudios<sup>13</sup>, ya que se ha demostrado que los hombres con un Trastorno de la Conducta Alimentaria consultan mucho más tarde y además suelen presentar síntomas menos reconocibles y asociados con un TCA, por lo que es más difícil su diagnóstico. Sin embargo, el número de hombres en este estudio es tan bajo que deberemos tomar con cautela estos resultados.

Si relacionamos el número de consultas con la edad también encontramos datos significativos que nos muestran que los pacientes de mayor edad ( $\geq 20$  años) contactan más, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, ya que, como se mencionó al principio de este trabajo, hay artículos que defienden que los pacientes que debutan en edades tardías tienen más conciencia de enfermedad y tendencia a buscar ayuda por sí mismos, frente a los pacientes más jóvenes, que generalmente acuden al médico por presiones sociales externas<sup>12</sup>. También encontramos diferencias en el número de veces que acudieron a una consulta de forma Urgente (englobando tanto las de Atención Primaria como las hospitalarias), siendo los del grupo de edad de 20 años en adelante los que más utilizaron este servicio. Estos resultados van en consonancia con la idea, citada anteriormente, por la cual los pacientes de mayor edad consultan más veces.

Otro de los datos que analizamos en este trabajo fue el tiempo que tardó en derivarse al paciente desde que se registró por primera vez un síntoma relacionado con el TCA a una unidad especializada. Según la literatura, la media de duración del tiempo sin tratamiento es superior a los 2 años<sup>12</sup>. En nuestro estudio la media total de espera fue de 7,68 meses, pero al analizar según los diagnósticos obtuvimos que los pacientes con Anorexia Nerviosa son los que tienen una media de espera inferior (6,87 meses), frente a los pacientes con Bulimia Nerviosa que tuvieron la media de espera más larga (9,37 meses). Sin embargo, la forma de recoger la información en nuestro trabajo difiere de la utilizada en la bibliografía. En los diferentes estudios consultados los datos se obtienen de entrevistas con los pacientes y cuidadores, preguntándoles directamente el

tiempo que llevaban notando alteraciones o comenzaron a percibir una bajada en el peso. En nuestro caso esta información se recogió directamente de los registros que realizan los médicos de Atención Primaria en el año anterior al diagnóstico, por tanto, si los pacientes hubieran manifestado alguna preocupación antes de este año esta no fue recogida. Además, hay que tener en cuenta que solo pudimos obtener esta información de 56 pacientes y que muchos, habiendo presentado sintomatología previa, es posible que no hayan consultado por ella. Por tanto, no consideramos que nuestros datos sean muy fiables a este respecto y sería interesante realizar trabajos futuros centrados en estas cuestiones, pero con una metodología de obtención de datos más precisa.

En lo que hace referencia a los motivos de consulta obtuvimos que la mayor parte de ellas se realizan por síntomas inespecíficos (35,7%), seguidas de las realizadas por síntomas psicológicos (25%). Aunque los resultados no alcanzan significación estadística están en el rango ( $P=0,065$ ), si tenemos en cuenta lo mencionado anteriormente, los datos recogidos dependen de la calidad del registro realizado por los médicos de Atención Primaria y es lógico presuponer que la ausencia de datos en muchos pacientes no implica la ausencia de síntomas, pudiendo no haber consultado por ellos, haberlo hecho en la sanidad privada o simplemente no haber sido registrados de forma correcta. Por tanto, es importante tener estos datos en cuenta ya que, como se recoge en la literatura, la sintomatología inespecífica y la psicológica pueden considerarse síntomas prodrómicos o propios del Trastorno de la Conducta Alimentaria en evolución<sup>1,3,4,10,11,15</sup>. Por todo esto creemos necesario recalcar, una vez más, la necesidad de que los pediatras y médicos de Atención Primaria conozcan estos síntomas y, ante la presencia de alguno ellos, consideren los trastornos de la conducta alimentaria en el diagnóstico diferencial.

Es importante comentar también las limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar hay que destacar que la muestra, aunque representativa de la población que acude a recibir su primer tratamiento en cuanto a edad y diagnóstico, es pequeña y no puede extrapolarse a la población general y tampoco a los pacientes que no son diagnosticados o no acuden a recibir tratamiento. En esta misma, el número de varones es escaso, lo que dificulta la comparación por sexo. Además, el carácter retrospectivo de la búsqueda de datos y el posible sesgo de recogida de estos por los médicos de Atención Primaria pudiera interferir en los resultados.

Hay que destacar que existe otro grupo numeroso de pacientes con edad menor o mayor que fueron excluidos del análisis y que pudieran presentar otras características diferentes a las expuestas en este trabajo, así como los pacientes que fueron tratados anteriormente o tuvieron recaídas. Sería interesante plantear un estudio futuro que analice si las recaídas difieren del inicio de la enfermedad o comparten características comunes.

Al principio de este trabajo nos planteamos varias hipótesis diferentes. La primera de ellas proclamaba “Una mayoría significativa de pacientes que acuden por primera vez a una consulta especializada de TCA habían establecido contacto previo durante el año anterior con Atención Primaria o especializada, habiendo consultado en dicho contacto por algún síntoma relacionado directa o indirectamente con el TCA y que pudiera constituir un síntoma prodrómico del TCA”. Con los diferentes datos obtenidos en los

resultamos podemos afirmar que un 60% de los pacientes de nuestra muestra consultaron por signos o síntomas relacionados con un Trastorno de la conducta alimenticia<sup>10</sup>.

La siguiente hipótesis afirmaba que “Dichos síntomas no fueron identificados como sospecha de inicio de TCA y por lo tanto retrasaron el inicio del tratamiento”, a este respecto podríamos confirmarla debido a que ninguno de estos síntomas supuso una derivación al servicio, ni en los registros se mencionó ninguna sospecha de estos trastornos.

Con los resultados expuestos y las referencias bibliográficas<sup>10</sup> podemos confirmar la tercera hipótesis que asegura “Los síntomas consultados tendrán relación con síntomas gastrointestinales inespecíficos, problemas menstruales, variaciones de peso, psicológicos o alteraciones analíticas”.

La última de ellas establece “Que los pacientes con Anorexia Nerviosa y, por ende, con pérdida de peso serán más fácilmente identificados que aquellos con otra categoría de TCA”, aunque los síntomas registrados correspondientes a preocupación o cambio de peso no son los mayoritarios (suponen un 14,3% del total) son mucho más fáciles de relacionar con un TCA y, aunque no analizamos esa variable, la sospecha y la derivación a la UTCA por parte de los médicos de Atención Primaria en la mayor parte de los casos estuvo relacionada con un síntoma de este tipo.

## **8. CONCLUSIONES**

- I. La mayor parte de los pacientes diagnosticados de un Trastorno de la Conducta Alimentaria en la UTCA del HUMV vienen derivados desde los centros de Atención Primaria. Así, la intervención y la formación de una adecuada prevención secundaria se debe realizar con los pediatras y médicos de Atención Primaria.
- II. Antes de diagnosticarse un TCA los pacientes acuden a diferentes consultas, principalmente en su centro de Atención Primaria, pero también en Urgencias y otros especialistas, por lo que es importante identificar signos y síntomas específicos que nos puedan alertar de estas patologías.
- III. Debemos prestar especial atención a los síntomas inespecíficos (generalmente de tipo digestivo) y los síntomas psicológicos, en especial los trastornos de ansiedad, ya que se han detectado como los síntomas prodrómicos o de alarma más frecuentes.
- IV. Algunas de las variables previamente mencionadas difieren ligeramente entre los diferentes diagnósticos de TCA, al igual que el perfil de los pacientes.
- V. Es recomendable que la actitud médica, ante la sospecha de un TCA, sea cuanto más rápida y específica. La protocolización de la intervención ayuda a que sea precoz y adecuada, lo cual mejora el pronóstico de los diferentes trastornos. Para ello deberán desarrollarse programas que actúen sobre los factores de riesgo y síntomas prodrómicos, es decir antes de que se desarrolle el trastorno alimenticio, o justo en el momento de debut, reduciendo al máximo el “tiempo sin tratamiento”.

## **9. AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaría agradecer el interés, apoyo, atención, dedicación y buena disposición que ha mostrado mi tutor de este Trabajo de Fin de Grado, el Dr. José Andrés Gómez del Barrio. Gracias por hacer que me enamore un poco más de la psiquiatría.

También quiero agradecer a mis padres la fuerza, ilusión y cariño que me han brindado durante estos seis años de carrera, especialmente en los momentos más difíciles. A Sara agradecerle su tiempo y su incalculable ayuda y, por último, a mis compañeros quiero agradecerles todos los ánimos que me han dado en los momentos en que la medicina parecía algo inalcanzable.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. A. G, N. U, A. W, K. W, G. R, Lowe B. Decreasing the duration of untreated illness for individuals with anorexia nervosa: Study protocol of the evaluation of a systemic public health intervention at community level. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1) (pagination):Arte Number: 300. ate of Pubaton: Noember 18, 2014. doi:http://dx.doi.org/10.1186/s12888-014-0300-1
2. Shem-tov RG, Zubery E, Hecht NL, Latzer Y. “ A Full Stomach ”: Culturally Sensitive Diagnosis of Eating Disorders among Ethiopian Adolescents in Israel. 2018;55(2).
3. Graell M, de Andrés P, Sepúlveda AR, et al. The adolescent onset anorexia nervosa study (ANABEL): Design and baseline results. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2018;27(3):1-12. doi:10.1002/mpr.1739
4. Schaumberg K, Zerwas S, Goodman E, Yilmaz Z, Bulik CM, Micali N. Anxiety disorder symptoms at age 10 predict eating disorder symptoms and diagnoses in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2018. doi:10.1111/jcpp.12984
5. McClelland J, Hodsoll J, Brown A, et al. A pilot evaluation of a novel First Episode and Rapid Early Intervention service for Eating Disorders (FREED). *Eur Eat Disord Rev*. 2018;26(2):129-140. doi:10.1002/erv.2579
6. Brown A, McClelland J, Boysen E, Mountford V, Glennon D, Schmidt U. The FREED Project (first episode and rapid early intervention in eating disorders): service model, feasibility and acceptability. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(2):250-257. doi:10.1111/eip.12382
7. Association AP. *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*.; 2013.
8. Stice E, Ng J, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2010;51(4):518-525. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x
9. Grange D le, Loeb KL. Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. *Early Interv Psychiatry*. 2007;1(1):27-39. doi:10.1111/j.1751-7893.2007.00007.x
10. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: recognition and treatment. *Natl Inst Heal Care Excell*. 2017;(May). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#treating-anorexia-nervosa>.
11. Gumz A, Weigel A, Wegscheider K, Romer G, Löwe B. The psychenet public health intervention for anorexia nervosa: A pre-post-evaluation study in a female patient sample. *Prim Heal Care Res Dev*. 2018;19(1):42-52.

doi:10.1017/S1463423617000524

12. Neubauer K, Weigel A, Daubmann A, et al. Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: Are there differences according to age of onset? *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(4):292-298. doi:10.1002/erv.2300
13. Limbers CA, Cohen LA, Gray BA. Eating disorders in adolescent and young adult males: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;Volume 9:111-116. doi:10.2147/ahmt.s147480
14. Hudson LD, Cumby C, Klaber RE, Nicholls DE, Winyard PJ, Viner RM. Low levels of knowledge on the assessment of underweight in children and adolescents among middle-grade doctors in England and Wales. *Arch Dis Child.* 2013;98(4):309-311. doi:10.1136/archdischild-2012-303357
15. Micali N, Ploubidis G, De Stavola B, Simonoff E, Treasure J. Frequency and patterns of eating disorder symptoms in early adolescence. *J Adolesc Heal.* 2014;54(5):574-581. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.10.200
16. House J, Schmidt U, Craig M, et al. Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2012;45(8):949-956. doi:10.1002/eat.22065
17. Waller G, Schmidt U, Treasure J, et al. Problems across care pathways in specialist adult eating disorder services. *Psychiatr Bull.* 2009;33(01):26-29. doi:10.1192/pb.bp.107.018325
18. Moriya J, Kayano M, Yoshiuchi K. Impact of a new medical network system on the efficiency of treatment for eating disorders in Japan: A retrospective observational study. *Biopsychosoc Med.* 2017;11(1):1-5. doi:10.1186/s13030-017-0113-9